

Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território

Deinstitutionalizing the care and institutionalizing partnerships: challenges of Physical Education professionals at CAPS in Goiânia, Brazil, for interventions in its territory

Roberto Pereira Furtado

Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Educação Física e Dança. Goiânia, GO, Brasil.
E-mail: cremerroberto@hotmail.com

Marcel Farias de Sousa

Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Educação Física e Dança. Goiânia, GO, Brasil.
E-mail: nichscene@yahoo.com

Jéssica Félix Nicácio Martinez

Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Educação Física e Dança. Goiânia, GO, Brasil.
E-mail: jessicafelixoi@yahoo.com.br

Nathalia Sousa Rabelo

Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Educação Física e Dança. Goiânia, GO, Brasil.
E-mail: nathaliasrabelo@gmail.com

Nayara Stephanie Rodrigues de Oliveira

Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Educação Física e Dança. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: nrodriguesef@gmail.com

William de Jesus Simon

Secretaria de Estado da Educação, Esporte e Cultura. Goiânia, GO, Brasil.
E-mail: wsimom32@hotmail.com

Resumo

Este artigo analisa os desafios dos CAPS para a consolidação de intervenções de cuidado que utilizam recursos do território. A pesquisa foi realizada em oito CAPS do município de Goiânia com o objetivo de compreender as dificuldades encontradas pelos profissionais de educação física para o desenvolvimento de atividades no território. Para tanto, realizamos entrevistas com 18 profissionais que foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo. Os resultados indicam que os principais desafios podem ser sintetizados em duas categorias inter-relacionadas: (1) desinstitucionalizar o cuidado; e (2) institucionalizar parcerias. Concluímos que a desinstitucionalização do cuidado requer superação de dificuldades relacionadas a estigmas, preconceitos e inseguranças, presentes na sociedade e que ainda reverberam entre os profissionais de saúde mental investigados. A institucionalização de parcerias aponta para a necessidade de enfrentamento das precárias condições de trabalho e da fragilidade das políticas de gestão que dificultam a formalização de parcerias interinstitucionais e comprometem a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial. Portanto, concluímos que o processo de desinstitucionalização do cuidado ainda encontra-se como grande desafio para o movimento de Reforma Psiquiátrica em Goiânia, especialmente na construção do cuidado ao usuário com utilização de recursos do território. **Palavras-chave:** Desinstitucionalização; Território; Centro de Atenção Psicossocial; Reforma Psiquiátrica.

Correspondência

Jéssica Félix Nicácio Martinez
Universidade Federal de Goiás, campus Samambaia. Avenida Esperança, s/n.
Goiânia, GO, Brasil. CEP 74690-900.

Abstract

This article analyzes the challenges of CAPS to consolidate patient care interventions using the resources of its own territory. The survey was conducted in eight CAPS in the city of Goiânia, Brazil, in order to understand the difficulties encountered by physical education professionals for the development of activities in its territory. In order to do so, we conducted interviews with eighteen professionals and we analyzed them, using content analysis technique. The results indicate that the main challenges can be summarized and split into two interrelated categories: (1) Deinstitutionalize the care and; (2) Institutionalize partnerships. We conclude that, deinstitutionalization of patient care requires surpassing the difficulties related to stigmas, prejudices and insecurities, which are not only present in society in general, but also found among mental health professionals investigated. On the other hand, we found that the institutionalization of partnerships indicates the necessity to overcome the precarious working conditions and the fragility of management policies that hinder the formalization of inter-institutional partnerships and undertake the consolidation of Psychosocial Care Network. Therefore, we conclude that the process of deinstitutionalization of patient care is still a great challenge for the Brazilian psychiatric reform movement in Goiânia, Brazil, especially regarding development of human care, using resources of its own territory.

Keywords: Deinstitutionalization; Territory; Center for Psychosocial Care; Psychiatric Reform.

Introdução

Em um texto clássico e fundamental para a compreensão de importantes aspectos da modernidade, Goffman (2001) analisa o manicômio como um tipo de instituição total. Tanto o isolamento no plano físico através de muros, portões, grades, entre outros, quanto à organização de sanções, normas e regras que submetem e determinam a conduta do sujeito, constituem o caráter fechado que é próprio da instituição total. Os internos estabelecem relações interpessoais apenas entre si e com as equipes de trabalhadores da instituição, sendo esse isolamento social um elemento que comporia o próprio tratamento.

As instituições totais caracterizam-se por proporcionarem rupturas com a vida em três esferas: (1) todos os aspectos da vida dos sujeitos são desenvolvidos no mesmo local e sob uma única autoridade; (2) cada fase da atividade cotidiana do indivíduo é realizada sob o acompanhamento imediato de um grupo de pessoas que também são tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as atividades em conjunto; e (3) as atividades cotidianas são rigidamente controladas, sequenciadas e com horários predeterminados e fazem parte de um plano racional único para, supostamente, atender aos objetivos oficiais da instituição (Goffman, 2001).

O processo de Reforma Psiquiátrica, conforme explicitado por Amarante (2007), procura superar esse modelo. A crítica não se limita à ruptura com sua forma estrutural e física, embora esse rompimento seja fundamental. Para além disso, a superação da lógica manicomial deve ser compreendida de maneira ampliada, entendendo o processo de desinstitucionalização também como crítica epistemológica ao saber psiquiátrico hegemônico (Amarante, 2007).

A política de saúde mental brasileira organiza-se a partir de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, denominados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses serviços são responsáveis pelo atendimento de pessoas com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de álcool ou outras drogas. Os CAPS são unidades de referência e articulam uma rede complexa e ampliada de atenção integral em saúde mental, aberta

e comunitária pelo Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004; 2011).

Uma perspectiva de cuidado em saúde mental, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, pressupõe vínculos com outros serviços, instituições e recursos do território. O território deve ser o norteador das ações a serem construídas pelo serviço, “ou seja, não há como pensar a construção do cuidado em saúde mental, tecida como estratégia em rede, sem pensar no tempo e no lugar em que este cuidado se constitui” (Yasui, 2011, p. 2). Este é o direcionamento prático e teórico empreendido por Franco Basaglia na Itália, que é acompanhado por diversos autores brasileiros (Hirdes, 2009; Severo; Dimenstein, 2011; Yasui, 2011; Leal; Muñoz; Silva, 2014).

A compreensão do território como uma categoria analítica do processo saúde-doença não é recente e tem sido encontrada de forma polissêmica na literatura. Furtado et al. (2016), em pesquisa que objetivou analisar a concepção de território no campo da saúde mental, encontraram quatro acepções relevantes, sendo elas: (1) território como área de cobertura e ação de serviços extra-hospitalares; (2) o território como um conjunto de recursos terapêuticos; (3) território existencial, constituído a partir da história pessoal de cada indivíduo; e (4) território como sistema de objetos e ações.

Santos e Rigotto (2010) avaliam que a operacionalização deste conceito representa uma etapa primordial para a caracterização das populações humanas e de seus problemas de saúde. Entretanto, em muitos casos, as concepções de território utilizadas no campo da saúde mental são parciais, limitando sua compreensão à dimensão gerencial dos serviços de saúde (Santos; Nunes, 2011; Ferreira et al., 2016). Estas críticas denunciam a apropriação reducionista que limita o potencial que a categoria território apresenta para o processo de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Merece destaque a forma linear e, de certa forma, idealista que os documentos oficiais e boa parte da literatura acadêmica tratam a noção de território, desconsiderando as contradições próprias do modo de produção e das relações sociais, como chamam a atenção Furtado et al. (2016, p. 9):

O espaço social em que o setor da Saúde Mental opera aparece como se fosse politicamente neutro ou, no melhor dos casos, autogovernado. As forças que podem oferecer resistência à reinserção social de pessoas com transtorno mental grave, oriundas do campo econômico, clínico e moral, por exemplo, não são mencionadas.

Nesse sentido, Furtado et al. (2016, p. 10) denominam essa perspectiva reducionista de “transinstitucionalização”, que pode significar “somente a saída do hospital psiquiátrico em direção à tutela na comunidade, conduzida por profissionais de instituições como os CAPS e os SRT”. De forma semelhante, Dimenstein e Liberato (2009) avaliam que a Reforma Psiquiátrica em curso está restrita aos serviços de saúde, com uma desinstitucionalização que não ultrapassa as fronteiras sanitárias. Para as autoras, priorizar o enfoque na ampliação da rede de serviços assistenciais limita a concepção de rede e estreita o circuito por onde a loucura pode transitar, “tomando-a como objeto específico da saúde, criando poucas possibilidades de reinserção social e de co-responsabilização pelas diversas políticas públicas.” (Dimenstein; Liberato, 2009, p. 218).

Entretanto, cabe destacar que os limites podem ser ainda maiores, quando as ações ficam circunscritas apenas ao espaço físico do próprio CAPS. Muitas pesquisas alertam para o risco dos CAPS se confundirem e serem confundidos com um serviço ambulatorial e também para o risco da produção de novas cronicidades nos serviços substitutivos (Alverga; Dimenstein, 2006; Pande; Amarante, 2011; Severo; Dimenstein, 2011; Ferreira et al., 2016). Nesse sentido, transformou-se quase como um jargão a expressão “encapsulamento”, referindo-se ao processo de isolamento do serviço como resultado da fragilidade de inserção territorial. É nessa perspectiva que alertam Silva e Pinho (2015, p. 1569): “as ações dos trabalhadores do CAPS parecem ainda restritas ao espaço do serviço, levando, muitas vezes, à percepção de que o que está fora não seria de sua competência”. Dessa forma, o processo de desinstitucionalização pouco avança na dimensão da desconstrução dos saberes e práticas manicomial tal como defende Amarante (1996), correndo o risco de reduzir-se a uma lógica de desospitalização.

A literatura científica tem apontado caminhos de superação dos desafios mencionados. Os argumentos estão relacionados com a ampliação da noção de território adotada no campo da saúde mental, tentando superar o âmbito das redes assistenciais de saúde e atingir outras dimensões da vida urbana, das políticas públicas e das instituições sociais, saindo da invisibilidade (Amorim; Dimenstein, 2009; Dimenstein; Liberato, 2009; Ferreira et al., 2016; Furtado et al., 2016). A perspectiva defendida por Milton Santos avança na elucidação conceitual do tema. Trata-se de uma “noção de um território em mudança, de um território em processo. Se o tomarmos a partir de seu conteúdo, uma forma-conteúdo, o território tem de ser visto como algo que está em processo.” (Santos, 1999b, p. 19). O autor argumenta ser insuficiente uma noção isolada de território em si, sendo necessário avançar para a noção de *território usado*. “O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida.” (Santos, 1999a, p. 8).

Tendo em vista a contribuição com este debate, acreditamos ser importante analisar iniciativas que caminham na direção da construção de estratégias de cuidado inseridas em espaços urbanos que extrapolam os serviços de saúde. Nesse sentido, apresentamos os resultados de uma pesquisa realizada em Goiânia que teve o objetivo de compreender os principais desafios enfrentados pelos profissionais de educação física dos CAPS para promover oficinas terapêuticas com os usuários em espaços e instituições externas ao serviço.

Metodologia

Para alcançar o objetivo proposto, foi realizada uma pesquisa de campo delineada como pesquisa exploratória com abordagem qualitativa (Minayo, 2010). Foi desenvolvida em oito CAPS da cidade de Goiânia que estavam em pleno funcionamento no período da coleta de dados, entre os meses de maio de 2014 a janeiro de 2015.

Os sujeitos que contribuíram com a coleta de dados como informantes foram 18 profissionais de

educação física, trabalhadores dos CAPS do Município, em uma população total de 21 profissionais dessa área lotados nesses serviços. Portanto, não foi possível realizar entrevistas com apenas três profissionais, pois não concordaram ou não puderam contribuir no período da pesquisa de campo. Todos os entrevistados são servidores estatutários concursados pelo município. Dentre os 18 entrevistados, oito são do sexo masculino e 10 do sexo feminino, com idade entre 27 e 52 anos. Com relação à formação acadêmica, todos os sujeitos possuem Graduação Plena em Licenciatura em Educação Física e, destes, quatro possuem mestrado concluído e 13 finalizaram especializações em diversas áreas de conhecimento.

As justificativas para a seleção dos profissionais de educação física para as entrevistas foram embasadas nos relatos das equipes de saúde mental que indicaram que esse profissional era um dos principais responsáveis pelas atividades fora do espaço físico do CAPS. Tais relatos foram colhidos na fase inicial da pesquisa. Na mesma direção, encontram-se resultados de pesquisa realizada por Nascimento e Galvanese (2009). As autoras identificaram “41 atividades grupais envolvendo usuários realizadas no território de abrangência do CAPS, das quais 31 eram atividades físicas e/ou de socialização e dez eram atividades culturais” (Nascimento; Galvanese, 2009, p. 13). Como em Goiânia há a presença de 21 profissionais de educação física distribuídos em oito CAPS, é compreensível que esses profissionais participem ativamente dessas atividades. Certamente, essa condição está vinculada com a natureza e identidade da profissão de educação física, assim como com as peculiaridades deste núcleo na atuação profissional no campo da saúde mental.

Inicialmente foi realizada uma aproximação com os campos de pesquisa pela equipe de pesquisadores por meio de observações participantes e conversas informais com profissionais. Após esta aproximação, elaboramos um roteiro que foi a base das entrevistas semiestruturadas empregadas como técnica de coleta de dados. As entrevistas foram direcionadas para a análise das atividades de cuidado terapêutico, mais especificamente as oficinas terapêuticas, que ocorrem fora do espaço físico do CAPS, com questionamentos sobre o local,

frequência, características, instituições parceiras atuais e anteriores, desafios, dificuldades, aspectos positivos e outros elementos que compunham a avaliação que os profissionais de educação física faziam destas atividades.

É importante destacar que o roteiro para a entrevista semiestruturada foi construído com questões acerca das iniciativas presentes nos CAPS em relação às oficinas terapêuticas desenvolvidas em seu território adscrito ou em toda a cidade. Nesse sentido, foram abordadas as oficinas desenvolvidas pelos CAPS e não apenas pelos profissionais de educação física, focalizando nos principais desafios e dificuldades encontradas para seu desenvolvimento. Entretanto, vale ressaltar que os resultados discutidos adiante tiveram como ponto de partida a representação que os profissionais de educação física apresentaram sobre este objeto, o que limita generalizações, especialmente no que diz respeito àquelas atividades em que eles não faziam parte da equipe responsável pela realização. As entrevistas foram gravadas com aparelhos digitais e posteriormente transcritas. Para análise dos dados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo envolvendo um caminho que partiu da preparação e organização dos dados, identificação de unidades de sentido, determinação das categorias de análises e, finalmente, a descrição e interpretação dos dados, conforme sugerem Minayo, Gomes e Deslandes (2009).

A pesquisa teve início após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás, em 25 de março de 2014, e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos sujeitos voluntários.

Após todo esse procedimento, identificamos no processo de análise e categorização dos dados que, para os profissionais de educação física, os desafios para encaminhamentos ou realização de oficinas terapêuticas utilizando recursos do território poderiam ser divididos em duas categorias. A primeira envolve aspectos relacionados a uma dimensão mais subjetiva do processo de cuidado em saúde mental, pois relaciona-se com estigmas, preconceitos, insegurança, entre outros. A segunda envolve aspectos relacionados a uma dimensão

mais objetiva das condições de trabalho, de funcionamento do serviço e das políticas de gestão, tais como transporte, burocracia, parcerias precárias e fragilidades nas relações com outros profissionais. Em relação à primeira, percebemos que ainda há a necessidade de desinstitucionalizar o cuidado, sendo este um desafio permanente. Em relação à segunda, chamamos atenção para a necessidade de institucionalizar parcerias, avançando no processo de intersetorialidade. Nesse duplo movimento de desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias, localizam-se os principais desafios para a realização das atividades em espaços e instituições externas ao serviço, utilizando recursos do território. A seguir, apresentaremos as categorias mencionadas de forma mais elucidativa.

Resultados e discussões

Desinstitucionalizar o cuidado

Para Amarante (1996), a desinstitucionalização é uma ação estratégica para a reabilitação psicossocial que não deve ser confundida com desospitalização ou desassistência, pois implica em transformações de conceitos e saberes próprios da lógica manicomial e na superação de preconceitos e estigmas historicamente reproduzidos nas práticas sociais que compõem a vida em sociedade. O autor defende que o fundamental no processo de desinstitucionalização é a desconstrução teórica e prática da psiquiatria tradicional. Tal desconstrução apenas é possível com o deslocamento da centralidade da atenção da instituição em direção ao território.

Essa tarefa envolve outros serviços de saúde, especialmente a articulação entre a saúde mental e a atenção básica, portanto, não é um desafio restrito ao CAPS, embora este desenvolva um papel de articulador da rede de atenção em saúde mental. Além disso, supõe uma ação intersetorial, envolvendo outras instituições e políticas públicas que extrapolam as redes de saúde. Dessa forma, espaços, equipamentos e instituições relacionadas à cultura, geração de trabalho e renda, esportes e lazer constituem importantes aliados do serviço, em contraponto à exclusão proporcionada pela internação e isolamento do modelo manicomial.

Entretanto, é possível observar a presença de novas “cronicidades” que indicam que o processo de desinstitucionalização segue como um desafio permanente no campo da saúde mental (Alverga; Dimenstein, 2006; Pande; Amarante, 2011; Severo; Dimenstein, 2011; Ferreira et al., 2016). Esse mesmo processo foi identificado nos relatos dos profissionais de educação física que foram sujeitos desta pesquisa, revelando a dificuldade em definir, por exemplo, uma alta terapêutica aos usuários:

tem muitas dificuldades de sair aqui do CAPS sabe, mostrar pra ele que tem vida fora do CAPS, então quando eles entram aqui nós temos dificuldade de dar alta pra eles. Já chegamos a essa conclusão que eles têm dificuldade de se dar alta também, de entender que eles têm condições de fazer atividades fora (Entrevistado 16).

Ao analisar situações semelhantes, Ferreira et al. (2016) afirmam que o ato de cuidar parece desenvolver-se em um paradoxo entre libertar ou aprisionar. Em outra pesquisa, a desinstitucionalização foi identificada pelos profissionais dos CAPS como um grande desafio, inclusive alguns entrevistados relataram que se sentem reproduzindo o modelo manicomial (Martinhago; Oliveira, 2015). Condições similares também foram encontradas na pesquisa de Pande e Amarante (2011), realizada em um CAPS no Rio de Janeiro. Os autores identificaram uma concepção alicerçada na psiquiatria tradicional de “pacientes crônicos”, na qual a cronicidade é compreendida como um estado permanente atribuído às características da doença mental (Pande; Amarante, 2011). Cabe considerar, também, que identificamos perspectivas distintas entre os profissionais dos CAPS de Goiânia em relação ao processo de reforma psiquiátrica (Furtado et al., 2015), existindo concepções e práticas terapêuticas que caminham em direções distintas, que podem questionar ou reforçar a produção de novas cronicidades.

Além da dificuldade de alta terapêutica, a análise das entrevistas também indica outros aspectos que contribuem com o processo de “encapsulamento” do CAPS. Seis entrevistados relataram que o “medo do comportamento dos usuários” dificulta a realização de oficinas terapêuticas em instituições ou espaços

diversos do território da cidade. Os relatos apresentaram, por exemplo, insegurança perante atitudes dos usuários em situações de crise ou de iniciativas em usar drogas, que se estende à preocupação com a segurança física dos profissionais e usuários. Os exemplos a seguir evidenciam essa condição:

a gente sempre tem receio de estar andando com muitos usuários e a gente não sabe se o usuário está em crise ou está com ideias de autoexterminio ou também com ideias, pensamentos persecutórios (Entrevistado 17).

não tem como nós garantirmos o mínimo de segurança (Entrevistado 5).

A insegurança relatada também está relacionada com as condições urbanas, como o trânsito ou dificuldades no deslocamento dos usuários para atividades fora do espaço físico do CAPS. Alguns desses elementos podem ser identificados no trecho abaixo:

o próprio trânsito, apesar de ser uma distância pequena, mas a travessia das ruas aqui não é tão segura, calçadas estreitas. Estes são fatores dificultadores que, na verdade, a gente precisa de se segurar também. O risco de acidente, na verdade, ele é real e não é tão distante (Entrevistado 14).

Outro aspecto que apareceu como um limite foi a existência de preconceitos em relação aos usuários, tanto no aspecto das relações sociais estabelecidas como nas ações institucionais. E, nesse caso, é necessário analisar como essas percepções são construídas nas relações imediatas presentes na instituição e fora dela. Goffman (1988; 2001) explica que dentro das próprias instituições os grupos de sujeitos tendem a conceber o outro a partir de estereótipos limitados e também hostis, levando ao engessamento da mobilidade social, isto é, um distanciamento entre os dois estratos (participantes da equipe e internados) e uma interação não intercambiável com restrições e fronteiras no diálogo.

A forma como Goffman (1988) explica a constituição das identidades sociais pode auxiliar na compreensão deste processo. Nas relações cotidianas, a presença de um sujeito desconhecido faz com

que sua identidade social, *a priori*, seja concebida de forma parcial e imediata, o autor define como identidade social virtual. Nessa relação pode haver distanciamentos entre aquilo que se deduz a partir da identidade virtual e aquilo que constitui a identidade social real. Essa última é construída a partir do convívio mais duradouro em que é possível superar a forma parcial e imediata, permitindo conhecer outros elementos definidores da identidade, superando a superficialidade da identidade social virtual. O distanciamento referido pode levar à criação de uma normatividade de classificação do sujeito baseada em determinadas formas de estigmas depreciativos, o que também pode gerar a formação de relações sem vínculos afetivos com os sujeitos estigmatizados. Há uma tendência de inferir imperfeições ao sujeito estigmatizado em diversas escalas, o que justificaria ações corretivas e normativas, conforme o estabelecido socialmente e que é considerado “normal”. Essa condição está presente na forma como a sociedade, em geral, lida com as pessoas com transtorno mental, mas também, muitas vezes, há resquícios dela entre os próprios profissionais de educação física entrevistados, como pode ser percebido nos trechos destacados abaixo:

tem muito preconceito essa coisa, né? Então eles têm dificuldades das relações externas, assim, de chegar nos lugares, emprego, essas coisas assim eles têm muitas dificuldades (Entrevistado 16).

vai usar droga lá no bosque e vai dar problema pra gente ou então vamos a tal lugar e alguém furtou alguma coisa (Entrevistado 9).

Corroborando com essa análise o fato de alguns dos entrevistados afirmarem a necessidade de mais de um profissional envolvido na mesma atividade, em razão da grande quantidade de usuários, conforme pode ser identificado a seguir:

Há uns três anos atrás nós fazíamos passeios, cinema, parque e tal, por exemplo: eu ia para o parque e lá eu explorava uma gincana, um caça ao tesouro, uma coisa assim e tal e faço aqui também um caça ao tesouro, brincadeiras de localização, essas questões. Mas é... mas, não temos um grupo

suficiente para, por exemplo: se você sai com essas crianças daqui de dentro dessa Instituição, lá fora precisa de quase que um cuidador para cada criança, nós não temos um número suficiente! Então assim, começou a ter acidentes inconvenientes que a gente não esperava que fosse acontecer, aí nós resolvemos parar com essa atividade, entendeu? (Entrevistado 3).

mas tem que ficar bem atento e de preferência que não vá somente um técnico, mas pra essas duas atividades no início, eu fazia com o colega. Quando o colega saiu, aí eu continuei sozinho e continuei sozinho, mas é complicado (Entrevistado 17).

Os profissionais entrevistados elucidam que a necessidade de outro profissional apresenta-se mais como contribuição ao controle dos usuários e menos como demanda da integralidade do cuidado que exigiria um trabalho conjunto e interdisciplinar. Sobre esse aspecto, Goffman (1988) acrescenta que o controle social sobre as pessoas estigmatizadas parte da associação e identificação desses sujeitos a estigmas de “defeituosos” ou de uma moralidade “falha”. Em uma das entrevistas, o profissional de educação física reconhece esse processo no momento da realização de atividades em instituições diversas do município. Ressalta-se que essa identificação já está assimilada pelo usuário do CAPS, como pode ser observado no trecho abaixo:

Tem visita ao museu, a gente vai ao cinema às vezes, no parque Mutirama, [...], Memorial do cerrado... Então, a gente usa esses espaços [...], pra maioria deles é o único, é a única possibilidade de frequentar esses espaços né? Porque o usuário de droga é muito estigmatizado, então ele acha que não tem o direito de ir ao museu, ele acha que não tem condição de assistir um filme no cinema. A maioria dos nossos usuários é de uma renda financeira baixa, muitos têm envolvimento com a justiça, muitos são... se eu não me engano, 78%, tem ou já tiveram uma briga com a justiça ou com a polícia. Então eles não se acham donos desses espaços [...], então não se acham no direito de no fim de semana irem ao bosque dos Buritis, ir ao museu ou ir ao cinema ou em um parque, em qualquer lugar (Entrevistado 9).

É possível compreender o processo de estigmatização a partir de estratégias da própria sociedade que reduz as oportunidades de ação do sujeito por meio do desenvolvimento de mecanismos de controle social que extrapolam a dimensão material da repressão, atuando na manipulação da informação sobre a condição do sujeito estigmatizado e com outras formas simbólicas de controle. Assim, o território revela-se como espaço de vida das pessoas, com trocas reais e simbólicas de solidariedade, mas também de preconceitos e rejeições que são construídos e sedimentados cotidianamente.

Portanto, a análise dos dados desta pesquisa reafirma a compreensão de Amarante (1996) de que a desinstitucionalização não pode ser confundida com desospitalização e nem com desassistência, mas deve avançar fundamentalmente para a desconstrução da lógica manicomial, que impera não apenas na instituição hospitalar, mas na sociedade como um todo. Nesse sentido, a visibilidade do usuário proporcionada por iniciativas de cuidado em espaços e instituições diversas pode contribuir com esse processo. São iniciativas que caminham na direção daquilo que Dimenstein denomina de “desinstitucionalização do social”, pois podem promover rupturas com preconceitos em torno da loucura. Essas práticas apresentam a potencialidade para que profissionais e usuários façam do território um “território usado” (Santos, 1999a), transformando os espaços e instituições em “laboratórios da vida” (Venturini, 2010).

As dificuldades relacionadas a alguns estigmas presentes na população em geral e ainda não totalmente superadas pelos próprios profissionais de saúde mental põem em evidência que a desinstitucionalização não é resultado de uma ruptura imediata e estanque com a lógica manicomial, mas que deve ser considerada como um processo complexo e conflituoso que exige, entre outras ações, que os profissionais adotem uma postura de constante autoavaliação de suas formas de agir em relação ao usuário, para não se deixarem levar pela tendência institucionalizante e de controle social sempre rerepresentada pela sociedade em seus diversos âmbitos. Portanto, percebemos que o desafio de desinstitucionalizar o cuidado deve ser encarado de forma permanente nas práticas de saúde mental.

Como não poderia ser diferente, em se tratando de território usado, com contradições, conflitos, interesses que permeiam as relações sociais, há muitas dificuldades dos profissionais de educação física em lidar com os usuários fora do espaço físico do CAPS, que estão relacionadas com a identidade estigmatizada e aos comportamentos conflituosos com certos mecanismos de controle. Em outras palavras, podemos afirmar que ainda há dificuldades em desinstitucionalizar o cuidado, visto que a desconstrução dos estigmas sociais e dos saberes e práticas da psiquiatria hegemônica não dependem apenas das ações dos profissionais. Mas é imprescindível compreender que há limites impostos pela estrutura social que também precisam ser superados. Dessa forma, distantes de imputar apenas a necessidade de mudanças no âmbito dos processos de trabalho, as quais também são fundamentais, avaliamos que o tema exige uma análise mais ampla e contextualizada dos avanços e entraves do processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica e dos limites impostos pelas contradições de uma sociedade dividida em classes sociais com acessos desiguais aos meios e aos resultados do trabalho.

Institucionalizar parcerias intersetoriais

Uma das dificuldades dos serviços de saúde mental comprometidos com os princípios da Reforma Psiquiátrica está em construir articulações com instituições parceiras para “participar solidariamente da invenção de estratégias de atenção psicossocial” (Amarante, 2007, p. 85). Dessa forma, é possível criar vínculos que ampliem os recursos existentes no território, em ações de intersectorialidade, caracterizadas por “estratégias que perpassam vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo” (Amarante, 2007, p. 86).

O que está em questão é a construção de uma rede ampliada de cuidado que esteja inserida no território onde vive o usuário e faça deste um território usado, tal como defende Santos (1999a), ou seja, que contribua para que o usuário se sinta pertencente ao espaço. É nesse contexto que o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é fundamental na ampliação do acesso e

qualificação da atenção integral à saúde mental e no desenvolvimento de ações intersetoriais para reinserção social, reabilitação e prevenção na perspectiva da redução de danos. Essa rede tem como diretrizes o respeito aos direitos humanos, à liberdade e à autonomia das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes de saúde; a superação de estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e diversificação de estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social (Brasil, 2011).

Entretanto, as dificuldades para consolidar tais estratégias são inúmeras e já identificadas por diversos autores como Dimenstein e Liberato (2009, p. 216):

Se a constituição de uma rede de serviços substitutivos integrada entre si e com outros equipamentos sociais presentes nas comunidades é algo imprescindível para o avanço da reforma, esse é um dos aspectos que apresentam mais fragilidades, pois, de fato, ainda não dispomos de uma rede ágil, flexível, resolutiva, onde o trânsito dos usuários é facilitado e o mesmo é acolhido em suas diferentes demandas. Identificamos muito mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas.

Em nossa pesquisa, tais fragilidades foram confirmadas. Muitos entrevistados relataram precariedades acerca de seus ambientes de trabalho que remetem a informalidade das relações intersetoriais. Os problemas mais comuns estão relacionados às políticas de gestão, destacando o excesso de burocracia, a falta de autonomia e de parcerias, condições estruturais precárias, número insuficiente de integrantes da equipe e dificuldade de transporte. Esses elementos podem ser identificados nos trechos abaixo:

A gente já tentou também fazer uma parceria com a escola de circo. O problema se chama burocracia, a parte burocrática do município de fazer parceria com esses outros órgãos [...] tem que ter deslocamento do pessoal pra lá (Entrevistado 8).

as próprias limitações de sair daqui, muitas vezes a dificuldade com o transporte ou até mesmo de estar combinando com eles uma atividade fora, acaba reduzindo a quantidade destas atividades extra unidade (Entrevistado 14).

Meio que trazia um desgaste: “Ah não! para fazer isso tem que fazer aquilo, [então] vamos ficar por aqui mesmo”. E não era visto assim com tal importância, então foi deixando de acontecer (Entrevistado 18).

A maioria das dificuldades enfrentadas está diretamente associada à falta de parcerias, à desarticulação entre os serviços e também do CAPS com outras instituições. De acordo com um dos profissionais de educação física entrevistados, envolve uma “desmobilização da saúde mental, de um modo geral, falta de parceria com o distrito” (Entrevistado 7).

A política de gestão é a base para a organização e funcionamento do serviço, sendo necessário um projeto institucional que articule a RAPS como um todo e que também estabeleça relações intersetoriais formais. Para Leão e Barros (2008), o projeto institucional do CAPS deve ser claro e estar em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica sob o risco de comprometer as mudanças necessárias para transformação do modelo manicomial. Em Goiânia, observou-se a ausência de projeto institucional com a abrangência necessária para coordenar e apoiar iniciativas intersetoriais, conforme podemos identificar no relato a seguir:

só que o profissional precisava acompanhar e o que que a Secretaria fez? Durante um ou dois anos ela forneceu o carro, depois ela não forneceu o carro e disse que mesmo estando a serviço da Secretaria Municipal de Saúde qualquer coisa que viesse a acontecer, qualquer acidente pelo percurso do CAPS e o local onde se praticava [...], seria de responsabilidade minha (Entrevistado 2).

Dessa forma, uma série de dificuldades passa a interferir nas tentativas de estabelecer parcerias, prejudicando a construção de ações intersetoriais. É nesse sentido que alguns entrevistados destacam que mudanças de gestores realizadas sem critérios

institucionais atrapalham na consolidação de projetos e parcerias. É o que relata um dos entrevistados:

com mudanças de gestões, é como se você meio que perdesse autonomia (Entrevistado 18).

Trata-se de uma situação que não é particular à realidade do município de Goiânia, mas sim um desafio para a Reforma Psiquiátrica em diversos contextos, como argumenta Venturini (2010, p. 476), colaborador de Franco Basaglia em experiências na Itália: “sem dúvida é fácil falar em teoria da necessidade da intersectorialidade. Muito mais difícil é realizá-la na prática.”. Na mesma direção avaliam Silva e Pinho (2015, p. 1569): “outro desafio encontrado refere-se à necessidade de uma rede intersectorial fortalecida que se corresponsabilize em conjunto com a atenção em saúde mental, retirando do CAPS o papel de única referência”. Nesse sentido, é importante destacar que as dificuldades identificadas pelos profissionais dos CAPS investigados estão relacionadas com a condução das políticas públicas de uma forma mais abrangente, que se materializam também em outros serviços, como podemos observar no trecho abaixo:

Essa é uma limitação que eu percebi que a gente tem no campo das políticas públicas aqui em Goiânia. Por exemplo, quando eu estava no CAIS, eu propus uma parceria com a SEMEL [Secretaria Municipal de Esporte e Lazer] e essa parceria foi negada, simplesmente pela justificativa de que eu estava procurando trabalho demais. Infelizmente o contexto dessas secretarias é um contexto político muito problemático (Entrevistado 12).

Isso tudo reflete no fato de que a grande maioria das parcerias estabelecidas com outras instituições era informal e surgiu a partir de iniciativas individuais dos profissionais de educação física, como fica evidente nas falas abaixo:

minha parceria é com a AGEL [Agência Goiana de Esporte e Lazer], mas é parceira [nome da entrevistada] porque eu tenho uma ligação com o pessoal da AGEL; quanto ao CAPS eu não sei te responder (Entrevistado 15).

mas não tem acontecido de maneira geral, só de uma maneira aleatória, específica, às vezes por uma iniciativa particular de algum profissional (Entrevistado 7).

A fragilidade das relações intersectoriais também pode ser identificada no relato dos profissionais pesquisados quando apresentam as dificuldades no acompanhamento do usuário “encaminhado”, especialmente pela falta de controle quanto à assiduidade, participação, envolvimento e avaliação do usuário na atividade que foi “referenciada”. Esse “encaminhamento” se trata, na verdade, de uma indicação para o usuário dos recursos existentes no território. Os profissionais orientam a participação, principalmente em atividades realizadas em associações comunitárias, centros de convivência e em outros projetos ligados à Agência Goiana de Esporte e Lazer (AGEL). Entretanto, trata-se de uma relação informal e sem acompanhamento. Destacamos algumas falas que podem contribuir para esclarecer a questão:

A gente faz é indicar as pessoas a fazer alguma atividade. Aqui no CCI [Centro de Convivência do Idoso] tem hidroginástica, tem atividades de bordado, pintura, acho que tem ginástica também um pouco voltada para o idoso. Então quando a gente tem esse perfil aqui no CAPS, a gente fala para a pessoa buscar atividades em academias aqui da região, mas, geralmente, eles não vão, têm muita dificuldade (Entrevistado 16).

Então, a gente manda o usuário, mas a gente não sabe se ele está indo, se ele está frequentando, não tem como acompanhar, nem avaliar a atividade que ele está fazendo fora (Entrevistado 9).

As dificuldades enfrentadas no processo de institucionalização de parcerias já foram identificadas por Dimenstein (2006), quando a autora denuncia a ausência de uma rede de equipamentos sociais para oferecer apoio e favorecer o encontro e a circulação na cidade, que podem ampliar as relações sociais dos usuários para além das estabelecidas nos serviços de saúde e com a família. A autora argumenta, como já salientado neste texto,

que é preciso sair dos circuitos cronicantes e chama atenção para o risco de “institucionalização dos CAPS”, o que pode produzir novas cronicidades, por exemplo, a retenção de usuários com uma gestão que resiste em sair do serviço e promover a circulação do usuário na rede. Essas dificuldades foram reiteradamente referenciadas pelos profissionais entrevistados em nossa pesquisa nos CAPS de Goiânia.

Os resultados apontam, ainda, que as dificuldades relatadas pelos entrevistados podem interromper ou desestimular a realização de oficinas terapêuticas que utilizam os diversos recursos da cidade, reforçando a institucionalização do cuidado. Este desestímulo é perceptível na fala da maioria dos profissionais investigados. Portanto, para potencializar o processo de desinstitucionalização do cuidado é necessário fortalecer as parcerias tornando-as institucionais e vinculadas a projetos formais mais amplos e intersetoriais, sejam eles dos CAPS, da RAPS, das Secretarias de Saúde ou de outras Secretarias estaduais e municipais, ou com instituições da sociedade civil.

Além disso, Dimenstein (2006) convida-nos para refletir frente a outros desafios que se articulam com o processo de desinstitucionalização do cuidado, que são: expandir e articular a atenção psicossocial com a rede básica, com apoio de equipes de saúde mental de referência (apoio matricial) e supervisão institucional; aumentar a implantação de residências terapêuticas que são dispositivos potentes para romper com a lógica manicomial; fortalecer o lugar do CAPS como organizador da rede de cuidados em saúde mental na interface com a comunidade, no estreitamento de diálogos com dispositivos de suporte social existentes no território; e ampliar o debate sobre a cultura manicomial que é reproduzida nos diferentes espaços sociais.

Considerações finais

Os principais resultados da nossa pesquisa sobre os desafios relatados pelos profissionais de educação física dos CAPS de Goiânia no desenvolvimento de oficinas terapêuticas que utilizam recursos do território podem ser sintetizados na necessidade

de “desinstitucionalizar o cuidado” e “institucionalizar parcerias intersetoriais”, indicando que o processo de (des)institucionalização permanece como centralidade e grande desafio da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Este duplo movimento indica a necessidade de superação de estigmas, preconceitos e inseguranças da população e na construção do cuidado, assim como do fortalecimento do projeto institucional do CAPS e da RAPS. Aponta, ainda, para enfrentamentos das precárias condições de trabalho e da reprodução de práticas manicomiais nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, no mesmo sentido que alguns autores já vêm alertando como um “encapsulamento do CAPS”, podendo induzir a um processo de institucionalização do cuidado e da produção de novas cronicidades, reforçado pelas fragilidades intersetoriais que expressam as dificuldades de construção de uma rede ampliada e integrada de atenção psicossocial.

A consolidação das parcerias intersetoriais é apontada pelos profissionais de educação física dos CAPS de Goiânia como uma necessidade para a realização do trabalho, mas que efetivamente não ocorre por força de inconstantes políticas de gestão, excesso de burocracia, dificuldades de diálogos entre os setores e pelo escasso oferecimento de estrutura básica para a organização das atividades. Apesar do grande mérito nas iniciativas de apropriação de recursos do território para organizar o processo de cuidado terapêutico e contribuir com a reinserção social dos usuários, ainda há muitas dificuldades para que isso seja potencializado.

Referências

- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.
- AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

- AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://bit.ly/1iNkJm2>>. Acesso em: 18 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/2nrCOW4>>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69-83, 2006.
- DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 212-222, 2009.
- FERREIRA, T. P. S. et al. Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384, 2016.
- FURTADO, R. P. et al. O trabalho do professor de educação física nos CAPS: aproximações iniciais. *Movimento*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 41-52, 2015.
- FURTADO, J. P. et al. A concepção de território na saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-15, 2016.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.
- LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 95-106, 2008.
- LEAL, E. M.; MUÑOZ, N. M.; SILVA, P. R. F. Estratégias de intervenção em saúde mental. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 75-97.
- MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos centros de atenção psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1273-1284, 2015.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO, M. C. S.; GOMES, R.; DESLANDES, S. F. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2009.
- NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, p. 8-15, 2009. Suplemento 1.
- PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os centros de atenção psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.
- SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.
- SANTOS, M. O dinheiro e o território. *GEOgraphia*, Niterói, v. 1, n. 1, p. 7-13, 1999a.
- SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos Ippur*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 15-25, 1999b.

SANTOS, M. R. P.; NUNES, M. O. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um centro de atenção psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 715-726, 2011.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SILVA, A. B.; PINHO, L. B. Crack e gestão do cuidado no território: desafios no cotidiano do

trabalho em saúde mental. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 14, n. 4, p. 1564-1571, 2015.

VENTURINI, E. “O caminho dos cantos”: morar e intersectorialidade na saúde mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 22, n. 3, p. 471-480, 2010.

YASUI, S. *A produção do cuidado no território*: “há tanta vida lá fora”. Textos de apoio do Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/207qK6d>>. Acesso em: 2 out. 2015.

Contribuição dos autores

Furtado, Sousa e Martinez elaboraram o projeto de pesquisa, conceberam e delineararam o artigo e realizaram sua revisão crítica. Rabelo e Simon contribuíram com a coleta e organização dos dados. Oliveira contribuiu com revisão do manuscrito. Todos os autores contribuíram com a análise e interpretação dos dados, assim como com a redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Recebido: 09/09/2016

Aprovado: 06/03/2017